

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和5年度

美幌町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

|                   |                                   |   |  |        |       |   |   |   |  |  |
|-------------------|-----------------------------------|---|--|--------|-------|---|---|---|--|--|
| フリガナ              |                                   |   |  | 個人番号   |       |   |   |   |  |  |
| 被保険者名<br>氏名       |                                   |   |  | 被保険者番号 |       |   |   |   |  |  |
|                   |                                   |   |  | 生年月日   | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |  |  |
|                   |                                   |   |  | 電話番号   |       |   |   |   |  |  |
| 住所                | 〒                                 |   |  |        |       |   |   |   |  |  |
| 介護保険施設の<br>名称・所在地 | ※入所(院)していない場合及びショートステイの場合は記入不要です。 |   |  |        |       |   |   |   |  |  |
|                   | 名称                                |   |  |        | 入所年月日 | 年 | 月 | 日 |  |  |
|                   | 所在地                               | 〒 |  |        | 電話番号  |   |   |   |  |  |

《 本人以外の方が提出される場合 》

|       |   |  |        |  |  |
|-------|---|--|--------|--|--|
| 届出人氏名 |   |  | 本人との関係 |  |  |
| 住所    | 〒 |  | 電話番号   |  |  |

《 配偶者に関する事項 》

|                 |       |                                       |               |          |       |
|-----------------|-------|---------------------------------------|---------------|----------|-------|
| 配偶者の有無          | 有 ・ 無 | 左記において「無」の場合、以下の配偶者に関する申告について記載は不要です。 |               |          |       |
| フリガナ            |       |                                       | 市町村民税<br>課税状況 | 課税 ・ 非課税 |       |
| 配偶者氏名           |       |                                       | 生年月日          | 明・大・昭    | 年 月 日 |
| 本年1月1日現在の<br>住所 | 〒     |                                       | 電話番号          |          |       |

《 収入に関する申告 》

|                                     |   |                                     |                                    |               |       |  |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|---------------|-------|--|
| 非課税年金<br>受給の有無                      | 有(遺族年金 / 障害年金) ・ 無                      | 世帯の<br>課税状況                         | <input type="checkbox"/> 市町村民税 非課税 | 生活保護<br>受給の有無 | 有 ・ 無 |  |
| 65歳以上の<br>人<br>(年金収入+その<br>他合計所得金額) | <input type="checkbox"/> 年額80万円以下       | ⇨ かつ、預貯金額等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下   |                                    |               |       |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下 | ⇨ かつ、預貯金額等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下   |                                    |               |       |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> 年額120万円超       | ⇨ かつ、預貯金額等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下   |                                    |               |       |  |
| 65歳未満の<br>人<br>(年金収入+その<br>他合計所得金額) | <input type="checkbox"/> 年額80万円以下       | ⇨ かつ、預貯金額等の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |                                    |               |       |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下 | ⇨ かつ、預貯金額等の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |                                    |               |       |  |
|                                     | <input type="checkbox"/> 年額120万円超       | ⇨ かつ、預貯金額等の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |                                    |               |       |  |
| 預貯金額等<br>(普通・定期)                    | 円                                       | 有価証券                                | 円                                  | 現金等 ( )       | 円     |  |

### 同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。また、美幌町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

〈被保険者〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

《 注意事項 》

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

# 介護保険負担限度額認定申請書

美幌町長様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

|               |                                   |                           |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |            |   |      |              |
|---------------|-----------------------------------|---------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|------------|---|------|--------------|
| フリガナ          | ビホロ タロウ                           |                           | 個人番号              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9     | 1          | 2 | 3    |              |
| 被保険者名         | 美幌 太郎                             | 被保険者番号                    | 0000012345        |   |   |   |   |   |   |   |   |       |            |   |      |              |
|               |                                   | 生年月日                      | 明・大・昭 11年 11月 11日 |   |   |   |   |   |   |   |   |       |            |   |      |              |
|               |                                   | 電話番号                      | 0152-73-1111      |   |   |   |   |   |   |   |   |       |            |   |      |              |
| 住所            | 〒 092-0000<br>美幌町字〇〇〇〇〇〇〇         |                           |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |            |   |      |              |
| 介護保険施設の名称・所在地 | ※入所(院)していない場合及びショートステイの場合は記入不要です。 |                           |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |            |   |      |              |
|               | 名称                                | 特別養護老人ホーム 〇〇〇             |                   |   |   |   |   |   |   |   |   | 入所年月日 | 令和3年 1月 1日 |   |      |              |
|               | 所在地                               | 〒 092-0000<br>美幌町字〇〇〇〇〇〇〇 |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |            |   | 電話番号 | 0152-73-0000 |

「被保険者番号」欄は、介護保険被保険者証に記載してある番号を記載してください。  
「住所」は現在の住所を記載してください。

施設に入所していない又はショートステイ利用の場合は記入不要です。

《 本人以外の方が提出される場合 》

|       |                           |  |        |    |  |
|-------|---------------------------|--|--------|----|--|
| 届出人氏名 | 美幌 二郎                     |  | 本人との関係 | 長男 |  |
| 住所    | 〒 092-0000<br>美幌町字〇〇〇〇〇〇〇 |  |        |    |  |
|       | 電話番号 0152-73-0000         |  |        |    |  |

本人以外の方が申請される場合に記載してください。

《 配偶者に関する事項 》

|             |                           |  |                                      |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|---------------------------|--|--------------------------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無      | 有 ・ 無                     |  | 左記において「無」の場合、以下の配偶者に関する申告について記載は不要です |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ        | ビホロ ハナコ                   |  | 市町村民税課税状況                            | 課税 ・ 非課税         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者氏名       | 美幌 花子                     |  | 生年月日                                 | 明・大・昭 22年 2月 22日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本年1月1日現在の住所 | 〒 092-0000<br>美幌町字〇〇〇〇〇〇〇 |  |                                      |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 電話番号 0152-73-1111         |  |                                      |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

世帯分離している配偶者や内縁関係にある場合も記載してください。  
配偶者がいない場合は「無」に〇をし、その他の欄は記載不要です。  
住所は「本年1月1日」の住所を記載してください。

《 収入に関する申告 》

|                         |  |                                     |         |   |  |           |           |  |  |
|-------------------------|--|-------------------------------------|---------|---|--|-----------|-----------|--|--|
| 非課税年金受給の有無              | 有(遺族年金 障害年金) ・ 無                             |                                     | 世帯の課税状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税 非課税 |  | 生活保護受給の有無 | 有 ・ 無     |  |  |
| 65歳以上の人(年金収入+その他合計所得金額) | <input type="checkbox"/> 年額80万円以下            | ○ かつ、預貯金額等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下   |         |   |  |           |           |  |  |
|                         | <input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下      | ○ かつ、預貯金額等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下   |         |   |  |           |           |  |  |
|                         | <input checked="" type="checkbox"/> 年額120万円超 | ○ かつ、預貯金額等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下   |         |   |  |           |           |  |  |
| 65歳未満の人(年金収入+その他合計所得金額) | <input type="checkbox"/> 年額80万円以下            | ○ かつ、預貯金額等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 |         |   |  |           |           |  |  |
|                         | <input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下      | ○ かつ、預貯金額等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 |         |   |  |           |           |  |  |
|                         | <input type="checkbox"/> 年額120万円超            | ○ かつ、預貯金額等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 |         |   |  |           |           |  |  |
| 預貯金額等(普通・定期)            | 8,500,000 円                                  |                                     | 有価証券    | 4,000,000 円                                   |  | 現金等(現金)   | 200,000 円 |  |  |

該当する欄に〇及びチェックをつけてください。  
預貯金等⇒①預貯金(普通・定期)、②金・銀(積立購入を含む)等、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属、③投資信託  
※負債(借入金・住宅ローンなど)は、現金等欄に記載してください  
※預貯金等に含まれないもの:土地、家屋、生命保険、自動車、腕時計、宝石など

同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。また、美幌町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和5年 7月 10日

〈被保険者〉  
住所 美幌町〇〇〇〇〇〇〇  
氏名 美幌 太郎

〈配偶者〉  
住所 美幌町〇〇〇〇〇〇〇  
氏名 美幌 花子

申請年月日を記載してください。

被保険者本人の住所と氏名を記載してください。配偶者がいる場合は、あわせて配偶者の住所と氏名を記載してください。押印は不要です。

《 注意事項 》

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。